

I. Angaben zum Träger

1. Vorname Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefonnummer:

Fax:

E-Mail:

Internet:

2. Mitgliedschaft in einem/r übergeordneten Verband/Organisation?

ja nein

wenn ja, wo:

II. Angaben zum Funktionstraining

1. Gruppenname:

2. AnsprechpartnerIn der Gruppe:

Vorname Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

4. Art der Gruppe?

Wassergymnastik Trockengymnastik

Sonstiges:

Kindergruppe: ja nein

5. Gruppengröße:

max. Teilnehmerzahl je Therapeuten/in:

Funktionstrainingsgruppe: 15

Kindergruppe: 10

Antrag auf Anerkennung zur Durchführung von Funktionstraining

III. Angaben zu der Übungsveranstaltung

1. Name / Anschrift der Übungsstätte

2. Wochentag / Uhrzeit: *bitte in Anlage eintragen*

3. Dauer (in Minuten):

4. Persönliche Angaben zum(r) Therapeuten/in:

Vorname Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

5. Qualifikation des(r) Therapeuten/in:

(Kopie beifügen)

Gruppentherapeutische Zusatzqualifikation

liegt vor ja nein

IV. Angaben zu den räumlichen Voraussetzungen

1. Übungsstätte:

Art (Turnhalle, Schwimmbad etc.):

2. Wassergymnastik:

ja nein

wenn ja: Größe des Therapiebeckens:
Wasserwärme:

3. Trockengymnastik:

ja nein

wenn ja: Größe des Therapieraumes:

Antrag auf Anerkennung zur Durchführung von Funktionstraining

4. Geräteausstattung (getrennt nach Wasser- und Trockengymnastik):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.

V. Angaben zum Unfallversicherungsschutz

Abgeschlossene Unfallversicherung:

ja nein

wenn ja, Versicherungsgesellschaft:

(Versicherungsschein muss in Kopie dem Antrag beigelegt werden)

VI. Angaben zur Notfallversorgung

1. Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst bzw. den Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu erreichen?

ja nein
wenn ja, Telefon Handy
Rufnummer:

Antrag auf Anerkennung zur Durchführung von Funktionstraining

2. Nächst erreichbare(r) Arzt/Ärztin:

Name:

Anschrift:

Telefon:

3. Nächstes Krankenhaus:

Name:

Anschrift:

Telefon:

VII. Dokumentation

1. Wird eine Teilnehmerliste geführt? (Außer der TN-bestätigung zur Abrechnung)

ja nein

Wo kann diese eingesehen werden?

Name:

Anschrift:

2. Wird die Übungsveranstaltung dokumentiert? (Besondere Vorkommnisse etc.)

ja nein

Wo kann diese Dokumentation eingesehen werden?

Name:

Anschrift:

Bitte beachten Sie, dass eine zügige Bearbeitung nur dann möglich ist, wenn der Fragebogen vollständig ausgefüllt und alle Anlagen beiliegen.

Es wird bestätigt, dass der Kurs so wie angegeben durchgeführt wird.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel
des Kneipp-Vereins oder
der Arbeitsgemeinschaft